

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 24 octobre 1900, à 1 heure

Par DAVID (VICTOR)

Né à Lagraulière (Corrèze), le 25 décembre 1859

DES CORPS ÉTRANGERS DES FOSSES NASALES

Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. TERRIER, professeur.

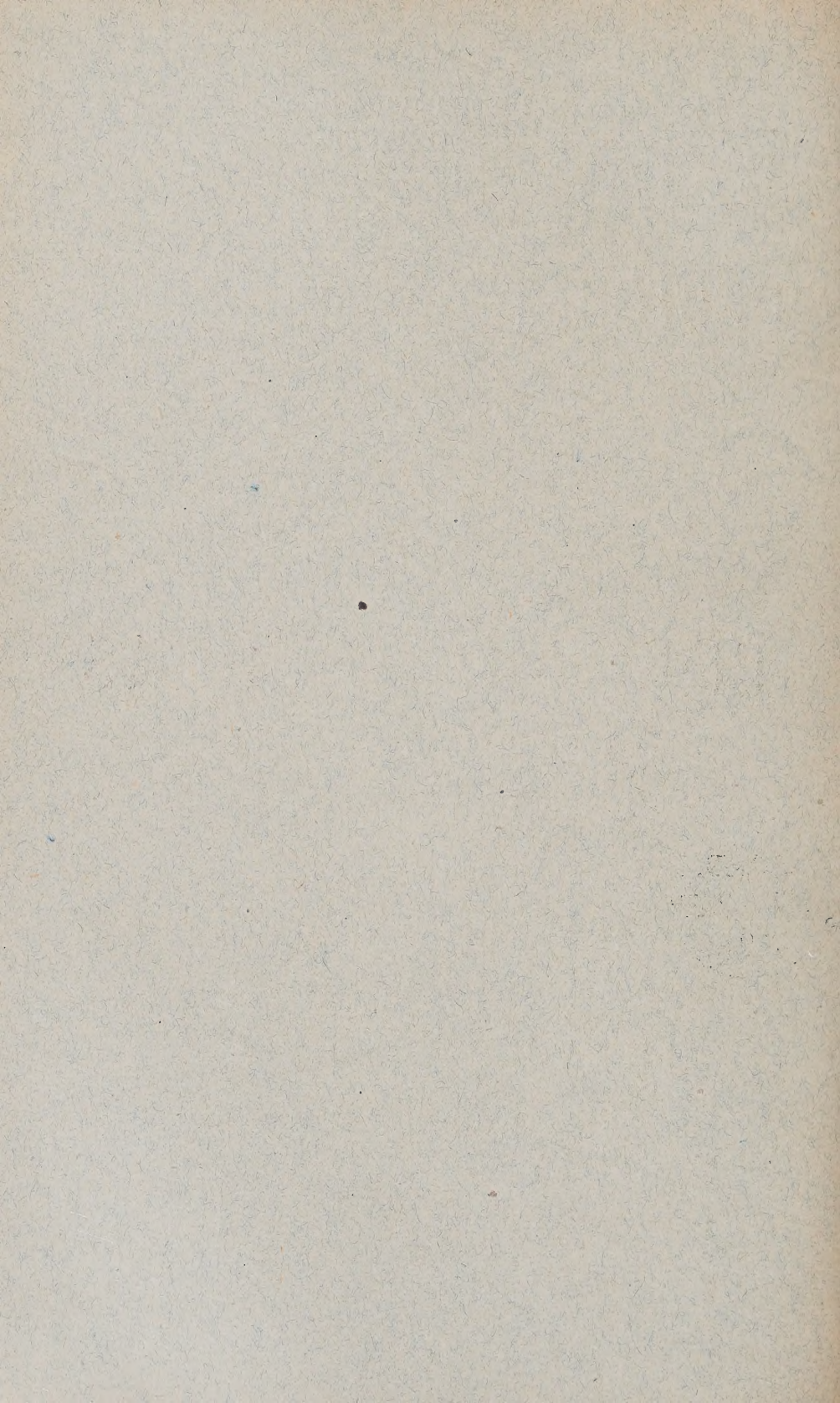
BROCA (AUG.),
MAUCLAIRE, } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 24 octobre 1900, à 1 heure

Par DAVID (VICTOR)

Né à Lagraulière (Corrèze), le 25 décembre 1859

DES CORPS ÉTRANGERS DES FOSSES NASALES



Président : M. TILLAUX, professeur.

Juges : MM. TERRIER, professeur.

BROCA (AUG.), }
MAUCLAIRE, } *agregés.*

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs MM.

Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DEBOVE.
	{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET.
Thérapeutique.....	LANDOUZY.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BRISAUD.
Pathologie comparée et expérimentale.....	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	RAYMOND.
Clinique chirurgicale.....	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
	{ TERRIER.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchement.....	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIÉRY.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (AUG.).	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER.	VARNIER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN.	MERY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
PIERRE DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MON FILS

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR TILLAUX

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE LA CHARITÉ

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes heureux de pouvoir apporter notre tribut d'hommages à nos maîtres de l'École de médecine et de pharmacie de Limoges et des Facultés de médecine et des hôpitaux de Toulouse et de Paris.

Tout particulièrement, les plus chers de nos souvenirs seront pour M. le D^r Pénières, professeur à la Faculté de Toulouse, dont les excellents conseils et l'accueil toujours sympathique nous ont soutenu dans le cours de nos travaux. Nous le remercions vivement de nous avoir conseillé notre sujet de thèse inaugurale et de nous avoir fourni l'observation si curieuse que nous citons dans ce travail. Que MM. les professeurs Labéda, Jeannel, Bardier, Vieusse, Secheyron de la Faculté de Toulouse, veuillent bien accueillir nos témoignages de haute estime et de reconnaissance pour les enseignements que nous avons puisés à leurs excellentes leçons.

M. le professeur Pillault de l'École de Limoges, qui nous a toujours aidé de ses précieux conseils, ne saurait être oublié par nous.

Que le vénéré professeur Potain, dont nous avons suivi avec bonheur les savants enseignements cliniques à la Charité, soit assuré de notre respectueux souvenir.

M. le professeur Tillaux a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; qu'il nous permette de lui exprimer notre reconnaissance ; nous avons été touché de cet honneur et nous l'en remercions bien sincèrement.

INTRODUCTION

Notre attention ayant été frappée par les phénomènes bizarres provoqués par la présence des corps étrangers dans les fosses nasales, nous nous sommes proposés de rappeler dans ce modeste travail les diverses monographies parues sur ce sujet, en y joignant quelques observations inédites.

L'étude des corps étrangers des fosses nasales n'est certes pas nouvelle ; la littérature en est longue tant en France qu'à l'étranger ; mais les cas sont épars, la classification manque, nous allons essayer dans la mesure du possible d'y mettre un peu d'ordre. Les erreurs de diagnostic ont été fréquentes, aussi bien de la part des plus illustres que des plus humbles ; aussi nous serons heureux si notre travail a ramené l'attention des praticiens sur ce point. Il faut toujours, en effet, en présence d'un écoulement fétide s'effectuant par une seule narine, d'anosmie, de douleurs dans la région, etc., penser à l'existence possible d'un corps étranger oublié par le malade.

En raison même de cet oubli, il ne faudra pas beaucoup compter sur les renseignements que ce malade donnera ; la rhinoscopie, l'examen par le stylet lèveront tous les doutes.

C'était donc, nous a-t-il semblé, un sujet plein de conséquences pratiques et digne d'arrêter un peu l'attention.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552228_0067

DIVISION

Nous avons divisé notre travail, suivant l'ordre qui nous a semblé — peu nouveau il est vrai, — mais aussi logique que possible.

Dans une première partie nous étudierons la physiologie de l'olfaction ; dans une deuxième la littérature et l'étiologie de la question ; la symptomatologie et les observations occuperont la troisième ; le diagnostic, et le traitement la quatrième et la cinquième partie.

CHAPITRE PREMIER

Physiologie de l'olfaction.

Appareil olfactif. — L'appareil destiné à nous donner les sensations odorantes est disposé, dans la région supérieure des fosses nasales, sur le passage de l'air qui traverse les narines pour pénétrer dans le poumon.

La membrane muqueuse ou *pituitaire* qui tapisse les fosses nasales est de consistance molle, très riche en capillaires et présente des replis nombreux dans le but d'augmenter la surface d'absorption des anfractuosités déterminées par ces soulèvements de la muqueuse.

L'appareil glandulaire n'est pas moins riche que l'appareil vasculaire ; Sappey avait décrit dans cette région des *glandes en épi* dont les excreta servent à maintenir humides les parois de la cavité.

L'histologie nous apprend encore que l'épithélium qui recouvre le chorion a une structure différente, suivant les points où on le considère. Dans la portion respiratoire ou portion inférieure, cet épithélium est représenté par des cellules cylindriques à cils vibratiles ; dans la couche profonde, il renferme des cellules plates, étoilées.

Dans la portion supérieure ou véritablement olfactive ces mêmes éléments cellulaires se rencontrent ; on y observe surtout d'autres cellules à gros noyaux présentant

deux prolongements dont l'externe a la forme d'un bâtonnet et l'interne qui s'enfonce dans le chorion représente plus ou moins les ramifications terminales des tubes nerveux.

Ces dernières cellules, décrites par Schultze, sont nommées cellules *sensorielles* ou cellules olfactives.

Les travaux de Schultze repris par Rémy, Grassi, Ramon y Cajal montrent que ces cellules sont en connexion avec les ramifications terminales du nerf olfactif, lesquelles sont dépourvues de myéline.

Etner et Ranvier admettent qu'il existe un plexus nerveux intermédiaire entre les cellules sensorielles et ces terminaisons du nerf olfactif. Cette opinion est contestée par Ramon y Cajal et Van Gehuchten.

Deux nerfs sensitifs se partagent le territoire de l'olfaction. La sensibilité générale est dévolue au nerf trijumeau, 5^e paire crânienne ; les ramifications du trijumeau tiennent sous leur dépendance toute la muqueuse. La sensibilité spéciale, l'olfaction aura pour conducteur le nerf olfactif dont les ramifications sont uniquement logées dans la portion olfactive. Les auteurs ne sont pas unanimes pour assigner à chaque nerf un rôle spécial.

Claude Bernard, en 1858, constatait l'absence du nerf olfactif chez un sujet qui, pendant la vie, n'avait pas manifesté de troubles marqués de l'olfaction. Magendie attribua au nerf de la 5^e paire la fonction de transmettre les impressions odorantes.

Chez un certain nombre d'anosmiques (1), l'autopsie a

(1) Graves cite le cas d'un militaire qui, ayant souffert des émanations

démontré l'absence congénitale de la bandelette olfactive et du bulbe olfactif.

Deux cas analogues à celui de Claude Bernard ont été signalés par Lebel en 1883 et Testut en 1890. M. Duval pense qu'il n'y avait là en réalité qu'une absence relative, car les recherches histologiques prouvent que le nerf était simplement réduit et qu'il existait dans la muqueuse épithéliale des ramifications olfactives et sur le cerveau de véritables moignons d'implantation. M. Testut a émis l'idée que le trijumeau pouvait bien suppléer le nerf olfactif; ce fait paraît fort hypothétique à MM. Langlois et Varigny, d'autant mieux que le même auteur nie l'existence des anastomoses entre le trijumeau et l'olfactif que Fischer avait décrites (*Nouveaux éléments de physiologie humaine*, p. 872).

Assez mal déterminé est aussi le trajet suivi par les impressions sensibles jusqu'à l'écorce cérébrale. Le nerf olfactif, après avoir traversé par les trous de la lame criblée de l'ethmoïde, se continue par le bulbe olfactif et la bandelette olfactive qui doivent être considérés comme appartenant à la texture du cerveau.

On sait que chez certains animaux, les poissons par exemple, le bulbe olfactif prend les dimensions d'un véritable lobe, le *lobe olfactif*. Dans plusieurs espèces animales, dit Cruveilhier, les lobes olfactifs sont aussi volumineux et même plus volumineux que les hémisphères cérébraux proprement dits.

d'un cloaque infect, perdit l'odorat, et il est toujours resté privé de ce sens.

Ce bulbe olfactif, olivaire, *tuberculus cinereus* de Sœmmering, a de 8 à 9 millimètres de longueur sur 4 millimètres de largeur. Ce renflement, de consistance molle auquel Malacarne, le premier, a donné le nom de ganglion, remplit la gouttière ethmoïdale ; il est arrondi à son extrémité antérieure ; sa face supérieure est plane, l'inférieure est convexe. Avant Scarpa, on ne connaissait que les rubans et le bulbe olfactifs ; le passage des nerfs à travers la lame criblée, leur distribution dans la pituitaire étaient à peine indiqués. « L'anatomie comparée me paraît établir de la manière la plus positive que les rubans olfactifs et le bulbe ethmoïdal ne sont autre chose qu'un prolongement du cerveau, et que les nerfs olfactifs proprement dits ne commencent qu'à partir du bulbe ethmoïdal lui-même » (Cruveilhier, p. 519). Il existe, en effet, dans le bulbe olfactif, intercalés sur le trajet des fibres nerveuses, des amas de cellules nerveuses qui autorisent à considérer cette région comme un premier centre d'élaboration des sensations olfactives. Les bandelettes olfactives sont uniquement conductrices et donnent naissance à trois racines ; la racine externe, qui pour Luys irait jusqu'à la couche optique (centre olfactif de Luys), la racine blanche externe qui va se terminer dans l'extrémité antérieure de la circonvolution du corps calleux, la racine grise qui gagne la tête du corps strié.

Dans ce préambule anatomique rapide, nous nous en tenons aux données les plus récentes. Il serait fastidieux, sous le prétexte d'être complet, d'insister sur les travaux de Willis prétendant avoir trouvé l'origine réelle des nerfs

olfactifs dans la moelle allongée, Ridley dans le corps calleux, Winslow, Vieussens et Monro dans les corps striés, Tréviranus dans la corne d'Ammon pour la racine blanche externe, et enfin Luys dans la partie antérieure de la circonvolution de l'hippocampe.

Les fibres nées des trois racines ci-dessus décrites, qui paraissent les plus importantes, subissent dans le cerveau un entrecroisement, véritable chiasma olfactif, avant de gagner la zone corticale. Il existe, en outre, de nombreuses fibres commissurales.

On a localisé le centre psychique de l'olfaction dans la région pariétale. « Cette localisation est encore fort hypothétique » (Langlois et Varigny).

Conditions de l'olfaction. — Pour que les particules odorantes impressionnent l'appareil olfactif, il faut que l'air qu'elles porte soit doué d'un certain mouvement et que le courant d'air produit soit dirigé de bas en haut. Nous pouvons à notre volonté changer le type de nos mouvements respiratoires pour accomplir l'acte *de flairer*.

Les narines, sous l'influence du muscle propre du nez, ne restent pas étrangères à l'acte de l'olfaction : elles se dilatent au niveau de l'orifice inférieur et se rétrécissent au niveau de l'orifice supérieur au même instant. Ce mouvement de rétrécissement se produit par la traction en dedans que subit le bord inférieur du cartilage latéral du nez : le courant d'air pénètre de la sorte facilement à travers l'orifice inférieur dilaté et subit un redoublement de

vitesse en se condensant au niveau de l'orifice supérieur (Langlois et Varigny).

Ce rétrécissement de l'orifice supérieur se constate facilement par soi-même à l'aide d'un miroir (Fr. Franck). L'air s'échappe ensuite par les orifices postérieurs des fosses nasales, sinon l'olfaction est compromise, comme dans les polypes naso-pharyngiens et les corps étrangers.

L'olfaction s'exerce pendant l'inspiration.

La muqueuse nasale privée d'humidité ne perçoit pas les odeurs. Les expériences de Wolff le montrent clairement ; il se formerait entre le mucus et les particules odorantes des actions chimiques ; celles-ci mettraient seules en action le sens de l'odorat. « Les globules du mucus fixent la substance odorante, ils se meuvent avec la rapidité de l'éclair dans la même direction que l'on fait suivre à l'instrument odorant » (Wolff).

CHAPITRE .II

Les corps étrangers des fosses nasales sont de nature excessivement variable : les uns sont des corps inertes venus du dehors, les autres sont formés dans l'intérieur même des fosses nasales ; ces derniers sont les calculs ou rhinolithes. D'autres, enfin, sont constitués par des animaux accidentellement introduits dans les fosses nasales.

Depuis le *Compendium de chirurgie*, on étudie les corps étrangers proprement dits et les rhinolithes dans un même article, à cause de la similitude des symptômes et des conséquences pratiques. L'objet de ce travail portant seulement sur les corps étrangers proprement dits et non sur les rhinolithes, nous excluons l'étude de ceux-ci. Il en sera de même pour les parasites introduits dans les fosses nasales.

Nous définirons donc : corps étrangers des fosses nasales ceux qui y pénètrent soit par les narines, soit par les arrière-fosses nasales, soit enfin par les téguments.

Historique. — La littérature des corps étrangers des fosses nasales tient presque tout entière dans les cas épars rassemblés dans les divers traités de pathologie externe ou dans les journaux périodiques. Parmi les faits les plus curieux cités par les auteurs, notons celui d'un éclat d'o-

bus (1) qui séjourna dix-sept ans dans les fosses nasales d'un individu et fut en dernier lieu expulsé. Citons le cas dans lequel une balle de mousquet demeura vingt-cinq ans dans le nez d'un malade sans qu'on pût en découvrir l'existence (2). Renard (3), Boyer (4) et Blasius (*Obs. med. Varrior.*, p. 2, n° 8 et *N. act. nat. cur.*, vol. II, obs. 20), et d'autres encore que nous trouverons au cours de ce travail, ont rapporté plusieurs cas de substances végétales qui, introduites dans le nez, y germèrent au grand déplaisir des malades.

Hickman et Tillaux ont publié de très remarquables exemples de corps étrangers ayant séjourné fort longtemps dans les fosses nasales, et nous devons à Tron (5) une remarquable étude sur ce sujet. De nos jours, la rhinologie a pris une place spéciale dans la science, et les observations abondent, défrayant les sociétés savantes et les bulletins périodiques. C'est aussi récemment, nous l'avons dit, que s'est développée l'étude des affections du sinus maxillaire. Les observations des divers auteurs depuis Bordenave et Pirogoff jusqu'à Moure et Baratoux, trouveront leur place quand nous traiterons des corps étrangers du sinus.

La nature des corps étrangers des fosses nasales est très variée. En compulsant tant les travaux originaux que les travaux didactiques, nous avons trouvé les élé-

(1) EPHEM, *Nat. cur.*, Déc. III, Ann. V et VI, obs. 300.

(2) EPHEM, *Nat. cur.* Cent. X, obs. 80.

(3) *Journal de méd.*, t. XV, 525.

(4) *Traité des maladies chirurg.*, Paris, 1846, t. V, p. 65.

(5) TRON, *Gaz. méd. de Lyon*, 1867, n° 36.

ments de ce chapitre un peu placés au hasard ; aussi nous sommes nous efforcés de les faire entrer dans une classification par leur nature et leur mode de pénétration. Nous diviserons donc les corps étrangers en : 1° Corps étrangers organiques pénétrant par les narines ou par les arrière-fosses nasales ; 2° Corps étrangers inorganiques pénétrant par les narines ou par les arrière-fosses nasales, ou par les téguments.

1° — Dans ce premier groupe des corps organiques pénétrant par les narines, nous trouvons des pois, des fèves, des haricots, des noyaux de fruits, etc., introduits par des enfants. Les fous poussent aussi des corps étrangers organiques ou non dans les fosses nasales. Ces corps organiques germent dans ce milieu si approprié, et Boyer cite le cas d'un haricot qui poussa dix à douze racines.

C'est donc la règle chez les enfants que les corps étrangers pénètrent par les narines : les mouvements inspiratoires et les efforts d'extraction qu'ils exécutent ne font que les faire pénétrer davantage. Les orifices postérieurs des fosses nasales peuvent aussi servir de porte d'entrée lorsque, comme on dit, « on avale de travers », des parcelles alimentaires pouvant être introduites *a retro*. Dans les efforts de vomissement, des substances dures telles que des graines de fruits, préalablement avalées, des fragments d'os, peuvent être poussés de force dans les fosses nasales et s'y arrêter. Ce mode de pénétration s'observe assez souvent chez les enfants, si sujets aux paralysies du voile du palais d'origine diphtéritique. Un corps étranger peut, en outre, pénétrer dans le nez par les arrière-fosses nasales,

à la suite d'un faux mouvement de déglutition ; l'effet produit par l'orifice glottique pour l'empêcher de tomber dans les voies aériennes, le rejette en haut et l'introduit de force dans le nez.

II°. — Ce seront encore les enfants, les aliénés qui s'introduiront par les narines des corps inorganiques, tels que haricots, pierres, perles, etc., par la partie postérieure ; nous n'insisterons pas sur les divers modes d'introduction que nous avons cités plus haut.

Rappelons le cas de W. Hickman qui retira de la partie postérieure des fosses nasales d'une jeune fille, un anneau d'acier ayant trois quarts de pouce de diamètre. Cette jeune fille, âgée de seize ans, délicate, offrait depuis longtemps un écoulement nasal sanguinolent, puis muco-purulent avec obstruction des narines, perte du sens de l'odorat et de l'ouïe, rougeur et épaissement de la muqueuse pituitaire.

L'exploration rhinoscopique permit de constater, dans la cavité pharyngo-nasale, l'existence d'un corps étranger qui fut extrait et reconnu pour être un anneau en acier, dit *coulant de bourse*, introduit dans cette cavité par la bouche, probablement treize ans et demi auparavant, qu'on avait cru avalé et rendu par les selles.

On peut aussi trouver des tampons laissés dans les fosses nasales après y avoir été introduits *a retro* pour conjurer une épistaxis grave et l'un de nous a eu l'occasion d'observer récemment un fait de ce genre dans lequel les symptômes dominants étaient une sécrétion ichoreuse extrêmement fétide et abondante, qui, s'écoulant le long de la pa-

roi pharyngienne infectait le malade (Moure et Charazac).

Enfin un troisième mode de pénétration s'opère par les téguments. Ce sont des corps étrangers qui, après avoir fait une plaie se sont logés dans les fosses nasales.

Legouest a extrait du nez d'un malade un fragment de crayon de charpentier long de 7 centimètres qui, après avoir fait une plaie de l'aile du nez, s'était rompu dans l'intérieur des fosses nasales et y avait séjourné dix-huit mois.

M. Lemaistre a rapporté l'exemple curieux d'un homme qui avait conservé pendant plusieurs années dans les fosses nasales un éclat d'obus.

Des morceaux de couteau (1), de baïonnette (2), des éclats de boulet (3) se logent dans le nez après avoir traversé la peau.

Quel que soit le mode d'introduction, la présence du corps étranger est très souvent méconnue, chez l'adulte, par oubli des symptômes passagers éprouvés lors de la pénétration.

Le siège des corps étrangers dépend beaucoup de leur porte d'entrée. Introduits par les narines ils glissent sur le plancher des fosses nasales ou bien dans le méat inférieur et restent cachés sous les replis du cornet inférieur.

D'aucuns, se basant sur la douleur, la gêne qu'accusent les malades au niveau du front, prétendent que le corps étranger peut arriver jusqu'au voisinage du sinus frontal.

(1) LEGUEST, *Traité de chirurgie d'armée*. Paris, 1863, p. 383.

(2) *Ibid.*

(3) LEMAISTRE, *Bull. de la Soc. anat.*, octobre 1874, p. 632 ; CASABIANCA, *Des affections de la cloison des fosses nasales*. Paris, 1876, p. 24.

D'après les auteurs (*Traité de chirurgie*), c'est là une fausse interprétation, car le point où le malade rapporte la douleur, n'est pas toujours celui où réside sa cause productive (1).

Dans les fosses nasales les corps étrangers subissent inévitablement des modifications ; c'est ainsi qu'ils se gonflent, s'imprègnent de mucus comme cela se passe pour les fragments d'éponges. Les graines augmentent de volume (2) et peuvent même germer (Bérard et Smith) ; c'est ainsi que nous avons cité en parcourant l'étiologie, le cas de Boyer, dans lequel une graine de haricot poussa dix à douze racines dont la plus longue avait 3 pouces et 4 lignes. Si le corps est composé d'une substance inorganique inaltérable, il s'entoure à la longue de concrétions calcaires qui le rendent méconnaissable et auquel on donne le nom de rhinolithe. Nous n'en parlerons pas, car nous dépasserions le sujet que nous avons délimité.

Quant à la muqueuse des fosses nasales, nous la trouvons présentant tous les caractères de l'inflammation chronique ; elle est rouge, tuméfiée, boursouflée, au point de recouvrir le corps étranger, saignante et ulcérée par places.

Quelquefois les ulcérations peuvent atteindre les os sous-jacents, qui sont dénudés et se nécrosent. On constate enfin, sous leur influence, un refoulement soit des cornets, soit de la cloison qui se dévie (*Traité de chirurgie*).

(1) DUPLAY ET RECLUS, *Traité de chirurgie*, 1891.

(2) CZARDA, *Gazette médicale de Paris*, décembre 1884.

CHAPITRE III

Symptomatologie.

La classification en corps étrangers organiques que nous avons établie pour l'étiologie, doit se retrouver ici ; mais certains symptômes étant identiques, nous les étudierons simultanément dans les deux catégories.

Les phénomènes du début sont peu accusés ; l'introduction du corps étranger n'occasionne guère que des éternuements et quelque légère gêne de la respiration, telles que des inspirations et expirations forcées. Enfin d'insignifiantes épistaxis ne suffisent pas à assombrir le tableau, car le calme se rétablit vite et le malade oublie des semaines, des mois même la présence du corps étranger.

Pendant que le malade oublie ou néglige de penser à cet hôte insolite, les altérations commencent. Si c'est un corps organique, tel qu'une graine de végétal, il profite des excellentes conditions de l'atmosphère chaude et humide qui l'entoure pour germer tout à son aise. Il nous paraît inutile de citer encore le cas célèbre de Boyer.

Si le corps est inorganique, peu volumineux, peu mobile, il s'imprègne de sels calcaires, et on cite des cas où les malades ont passé dix, douze, trente ans sans éprouver le moindre symptôme.

Mais peu à peu les troubles reparaissent, c'est la période calculeuse.

Nous diviserons donc les symptômes en :

Symptômes fonctionnels et symptômes physiques.

I. Symptômes fonctionnels.— Tout d'abord la sécrétion nasale est modifiée, mais d'un seul côté seulement. Cette sécrétion est d'abord muqueuse, puis plus abondante ; elle ne tarde pas à devenir muco-purulente, voire même franchement purulente. Cet écoulement est quelquefois strié de sang, on voit survenir des épistaxis. Cet écoulement est extrêmement fétide et rappelle si bien l'ozène que d'après Noquet, Moldenhausser et Morell-Mackenzie il serait impossible cliniquement de l'en différencier. Cet écoulement produit surtout chez les enfants de l'eczéma de la lèvre supérieure.

Un deuxième symptôme est l'obstruction d'une des deux fosses nasales.

L'obstruction est d'abord incomplète, et c'est à peine si le malade éprouve seulement de la gêne respiratoire ; mais peu à peu, grâce aux lésions croissantes de la muqueuse, l'obstruction devient complète. On observe souvent aussi des intermittences dans cette obstruction, et il n'est pas rare de voir les malades rendre de temps en temps des grumeaux épais de matière caséuse accumulée, ce qui débouche momentanément la narine (Follin).

Un troisième symptôme est la diminution de l'odorat qui peut aller jusqu'à l'anosmie complète. Les altérations de la muqueuse sont la cause de ce phénomène. Il est, en outre, comme les précédents, toujours unilatéral.

En dehors de ces lésions propres des fosses nasales, on observe encore des troubles de voisinage suivant le siège du corps étranger. Ces troubles sont plus ou moins accentués, mais ils sont inconstants. Lorsque le corps étranger se trouve en avant, et que soit par son volume, soit par l'inflammation de la muqueuse que sa présence développe, il arrive à obstruer l'orifice inférieur du canal nasal, on observera de l'épiphora. Qu'il siège à la partie postérieure, on constatera un écoulement fétide par les choanes et des troubles du côté du voile du palais.

C'est ainsi que dans l'observation d'Hickman où un anneau d'acier était logé en arrière, on avait trouvé une hypertrophie de l'amygdale, du gonflement du voile du palais et une fistule à la base de la luette. Des troubles auditifs se manifestent fréquemment ; et, dans l'observation précédente, Hickman mentionne des troubles de l'ouïe et de la déglutition.

Ces troubles auditifs sont, dans la plupart des cas, tantôt une obstruction de la trompe avec bourdonnements douloureux (Noquet, Ruault), tantôt une diminution de l'ouïe, soit enfin une surdité complète avec inflammation de l'oreille moyenne (Gruber, Deschamps). Dans un cas cité par Rohrer, la surdité que l'on avait attribuée à une sclérose de la caisse avec affection labyrinthique secondaire, disparut complètement avec l'extraction des corps étrangers.

L'élément douleur tient une grande place dans le cadre nosologique de cette affection. Ordinairement sourdes, elles siègent dans les sinus, irrégulières et sans exacerbation nocturne. Quelquefois elles affectent la forme de migrai-

nes, de névralgies faciales sous forme d'accès intermittents. Un cas fort instructif a été publié par Verneuil : la douleur survenait deux ou trois fois par mois, et simulait, à s'y méprendre, une névralgie faciale. Ces accès n'ont rien de régulier ni dans leur apparition, ni dans leur durée. Ruault rapporte enfin un cas de névralgie cervico-occipitale.

Les troubles réflexes sont ici peu fréquents ; on a signalé des accès de toux, d'éternuement, des vertiges, des vomissements. « Ruault cite le cas d'une malade qui avait par intermittences des accès d'éternuement avec rougeur de l'œil gauche et légère exophtalmie (*Traité de chirurgie*) ». Schmiegelow rapporte un cas fort curieux de névralgie vaso-dilatatrice réflexe. Un malade, porteur d'un corps étranger dans les fosses nasales, présentait chaque fois qu'il s'animait une dilatation considérable de la moitié gauche de la tête. Ce phénomène disparut 4 ans avant l'extraction de ce corps étranger, disparition due à ce que la pression avait fini par atrophier et détruire les éléments nerveux. Cette interprétation s'accorde parfaitement avec la théorie de Hoch qui montre que plus le corps obstruant est volumineux, moins il y a de troubles réflexes.

Les accès épileptiformes, choréiformes, les troubles urinaires sont ici l'extrême rareté.

II. Symptômes physiques. — Passons en revue maintenant les troubles physiques auxquels donne lieu l'affection qui nous occupe.

De déformations extérieures du nez, on n'en observe

guère ; à peine une légère saillie de l'aile du nez se rencontre-t-elle dans le cas de corps volumineux ou anciens.

L'examen extérieur ne donnant rien, on aura recours à l'examen rhinoscopique antérieur ou postérieur, précédé d'un badigeonnage à la cocaïne à 4 0/0 (Bryson, Delavon), qui non seulement anesthésie mais affaisse la muqueuse. Par la rhinoscopie antérieure, nous verrons les lésions de la muqueuse : nous la trouverons rouge, tuméfiée, striée de petites tumeurs mamelonnées et saignant facilement. Les cornets sont déviés et même atrophiés par refoulement (Czarda). Le corps étranger lui-même est entouré par un bourrilet muqueux et enduit de pus et de grumeaux cassés.

L'évolution de la maladie est assez régulière. Nous avons vu qu'à la période de début fait suite une période de latence pendant laquelle le malade oublie qu'il a un hôte insolite des fosses nasales qui peut durer dix ans et plus. Ces accidents ne cessent qu'après l'expulsion spontanée ou l'intervention opératoire. Les lésions de la muqueuse guérissent, et les cas de nécrose des cornets ou de la cloison ne s'observent que dans les cas d'ulcérations profondes.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

*(Due à l'obligeance du professeur PÉNIÈRES de la Faculté
de Toulouse.)*

Dans les premiers jours du mois de juin 1899, Mme X... fait une chute sur un tas de bois et se relève la figure tout ensanglantée.

Son médecin habituel est appelé à la hâte, procède à la toilette de la face, constate une légère plaie pénétrante de l'aile gauche du nez et fait un pansement en conséquence.

Au bout de quatorze jours, cette plaie est cicatrisée sans la moindre trace de pus, il reste une simple coloration cicatricielle et un léger gonflement de la région mais sans douleur.

La blessée semble guérie, mais progressivement elle devient d'un caractère triste, très impressionnable, pleurs et colères faciles, céphalée presque constante, l'appétit diminue et au bout d'un mois elle a maigri d'une façon notable ; il se produit en outre un léger suintement par la narine lésée.

Le médecin, mandé à nouveau, conseille des lavages de la narine, à l'eau boriquée chaude, à l'aide du siphon de Wéber, et de boire dans la journée deux cuillerées à bouche d'une solution de valérienate d'ammoniaque.

Malgré ce traitement il survient des insomnies et des cauchemars, l'écoulement devient tellement fétide que non seulement la malade, mais son entourage en sont vivement incommodés.

Le Dr Pénières est consulté et un examen approfondi de la fosse nasale blessée lui permet d'apercevoir en retroussant l'aile du nez une petite proéminence noirâtre. Il se saisit d'une pince à dissection et retire facilement une esquille de bois de la grosseur d'une épingle et d'environ un centimètre de longueur.

Il lave la narine avec de la liqueur de Van Swieten et conseille de continuer ce seul traitement. A dater de ce moment, la céphalée disparaît, la malade dort et au bout de quelques jours elle est absolument guérie.

OBSERVATION II

(*Personnelle.*)

Dans l'après-midi du 17 juin 1887, on conduisit à mon cabinet un jeune enfant de onze ans, qui depuis deux heures environ était atteint d'éternuements fréquents, alors qu'il se produisait une abondante sécrétion par les narines.

A l'examen je pus constater qu'un côté du nez était tuméfié, et au toucher on pouvait percevoir de l'induration.

Une narine contenait à sa partie antérieure un corps étranger cylindrique creux ; au moyen d'une pince à pansement j'arrivai à l'extraire et les éternuements cessèrent immédiatement.

Ce corps était une douille vide de cartouche de revolver

que l'enfant déclare s'être logé dans la narine en s'amusant, et d'après lui les éternuements et le suintement auraient commencé cinq ou six heures après.

Le corps étranger ayant été introduit avec force, l'extrac-tion fut difficile et sanglante, aussi la muqueuse fut endom-magée ; dans ces conditions, je fis avec un injecteur à jet continu un lavage à l'eau boriquée à 2 1/2 0/0 et conseillai intus et extra des frictions avec de la vaseline boriquée à 1/30.

Deux jours après le nez était revenu à son état normal et les éternuements n'avaient pas reparu.

OBSERVATION III

(*Personnelle.*)

Le 23 mars 1898, je fus appelé vers 6 heures du soir à don-ner des soins au jeune J. R., âgé de 7 ans, qui depuis deux ou trois jours accusait de la céphalalgie, un mal de gorge as-ssez intense avec difficulté de la déglutition, et quelques lé-gères quintes de toux.

Je constate de la congestion oculaire, de la rougeur de l'ar-rrière-gorge, sans engorgement ganglionnaire ; la voix est rauque, le pouls est petit, mais régulier, et bien que le ma-lade n'ait pas eu le moindre frisson, la température de l'ais-selle est de 38°1. L'examen de la poitrine fait avec le plus grand soin est absolument négatif, les sommets sont indem-nes, pas le moindre râle. aucun bruit anormal, la respiration n'est pas modifiée.

Comme il s'était produit à cette époque quelques cas de

croup, la famille très affectée croyait à cette maladie ; je la rassurai de mon mieux, mais sans porter de diagnostic précis.

Je promis de revoir le malade le lendemain à la première heure et prescrivis le traitement suivant :

1^o Vomitif avec :

Poudre d'Ipéca.	0 gr. 60.
Sirop	50 gr.

par cuillerées à café toutes les 10 minutes jusqu'à vomissements sérieux ;

2^o Benzoate de soude, 3 grammes, une pincée toutes les demi-heures dans une infusion chaude de feuilles d'eucalyptus.

A sept heures du matin, j'étais auprès de mon jeune malade qui déclara aller bien mieux. Tout en l'interrogeant, et avant d'examiner l'état de sa gorge, je remarque qu'il se produit du suintement du côté de la narine droite. Voulant me rendre exactement compte de la cause de cette sécrétion, je le fais asseoir et constate alors la présence d'une grosseur dont je ne pus d'abord reconnaître la nature à cause de son enfoncement dans la cavité nasale.

N'ayant pas à ma disposition de speculum nasi, je me servis d'une pince hémostatique pour dilater la narine et pus me fixer sur la nature de cette grosseur.

C'était un corps rond et dur ; je cherchai mais en vain à le faire glisser en faisant des mouvements de constriction partant de la base du nez. J'essayai d'une pince à dissection, mais ne fus pas plus heureux ; un bout de fil de fer doublé, coudé

et flambé me permit de débarrasser le patient d'une bille en verre.

Tous les symptômes qui avaient fait naître dans mon esprit une idée de croup disparurent aussitôt comme par enchantement. Comme je ne constatai pas la moindre exco-riation de la muqueuse du nez je ne fis pas de lavage anti-septique, mais conseillai de graisser la narine avec de la vaseline boriquée.

CHAPITRE IV

Diagnostic.

Le diagnostic n'est pas toujours facile et l'on cite des erreurs commises par des chirurgiens éminents. Cette difficulté tient à ce que le corps étranger — nous l'avons déjà dit — une fois les troubles de l'introduction passés, reste très longtemps sans faire soupçonner son existence et quand les symptômes décrits plus haut apparaissent, le malade ne sait à quoi les rattacher. Si c'est un enfant, il craindra d'avouer une imprudence, l'adulte depuis longtemps aura oublié.

Un bon signe de diagnostic sera l'unilatéralité du coryza chronique. Chez l'enfant, aucune autre cause, sauf de très rares exceptions, ne peut donner au coryza cette allure particulière. *En même temps qu'on observera ce caractère et ceux qui vont suivre, il ne faudra pas négliger de répéter avec le speculum, aussi souvent qu'il sera nécessaire, un examen minutieux de la cavité nasale.* Nous ne saurions trop insister sur ce moyen de diagnostic qui empêche bien des erreurs.

On pourrait penser à l'ozène vu la fétidité de la sécrétion ; mais on n'observe pas dans la rhinite atrophique

d'écoulement muco-purulent continu, se produisant tous jours d'un même côté.

Enfin on pourrait confondre les ulcérations de la muqueuse avec des manifestations syphilitiques ou tuberculeuses ; mais l'aspect, le siège, l'évolution, les antécédents lèveraient tous les doutes.

La muqueuse boursouflée, recouverte de saillies papillomateuses et saignant facilement, peut faire penser à une tumeur maligne. Tel est le cas de Jacquémart qui s'est trouvé en présence d'une tumeur gris-sale, en chou-fleur et qui donnait au stylet la sensation de la chair desséchée et sphacelée et qui a diagnostiqué un ostéo-sarcome ; à l'extraction il rectifia son diagnostic.

Les éléments du diagnostic différentiel résideront dans la lenteur de l'évolution, ses périodes caractéristiques, l'absence d'adénopathie et un bon état général. Il est aussi des tumeurs avec lesquelles on peut confondre ces corps étrangers.

Les polypes tout d'abord ont une forme ovoïde, une surface lisse, une mobilité, une consistance gélatineuse qui les différencient suffisamment des corps étrangers. Les ostéomes peuvent présenter la mobilité, les caractères des corps étrangers, mais ne se laissent pas entamer par le stylet (Legouest). Les séquestres peuvent prêter à erreur ; comme les corps étrangers, ils donnent lieu à un écoulement fétide et le stylet les entame. L'erreur presque impossible à éviter a été faite par des hommes éminents comme Verneuil et Tillaux qui avaient cru le premier à une né-

crose du cornet inférieur, le second à une nécrose du bord postérieur du vomer.

Les auteurs du *Traité de chirurgie* conseillent, pour faire ce diagnostic différentiel, de se baser sur les déformations du nez et la faible résistance qu'opposent au stylet explorateur les lamelles nécrosées.

CHAPITRE V

Traitement.

On ne saurait ici fixer le temps d'une intervention qui serait réglée d'avance et la même dans tous les cas. Le praticien doit évidemment se conduire suivant la nature du corps étranger, son volume, sa forme, sa situation.

Si le corps étranger est un corps organique, une graine par exemple, une pince à griffes droite ou coudée pourra le saisir facilement. Si le corps organique est friable, on aura recours à des curettes droites ou coudées (les curettes des D^{rs} Lubet-Barbon ou A. Martin par exemple) ou simplement à un crochet pour strabisme qu'on glisse délicatement entre la paroi nasale et le corps étranger et qu'on ramène ensuite en avant. Pour opérer l'extraction de tout corps étranger avec une pince ou tout autre instrument, il faudra toujours mettre son grand axe parallèle à celui de la cavité nasale. On agira de même vis-à-vis des corps étrangers inorganiques, tels que boutons, perles, pierres, plomb de chasse, etc...

Pour les perles, on peut les crever et puis les charger avec un crochet ou les saisir avec une pince. Dans quelques cas, il faudra avoir à sa disposition des pinces à articula-

tions mobiles (forceps Durheim). On fera ces interventions avec la plus grande douceur et après avoir fait des badigeonnages de solution de chlorhydrate de cocaïne sur la muqueuse.

M. de Saint-Germain se sert d'une sonde de femme pour déterminer le degré de mobilité du corps étranger. Le bout arrondi de la sonde ne peut excorier les muqueuses, et son volume assez considérable pour obstruer une grande partie de la narine, permet de refouler le corps étranger sans qu'il y ait trop possibilité de glisser à côté. Le corps étranger ainsi refoulé passe dans l'arrière-gorge et il est craché aussitôt, ou bien il passe dans le pharynx et il est dégluti. On a objecté à ce procédé le danger qu'il y a à voir le corps étranger tomber sur la glotte et les voies aériennes ; le fait est théoriquement possible, mais on n'en connaît pas d'exemples.

Dans ces derniers temps, M. de Saint-Germain s'est aussi servi pour l'extraction des corps étrangers des fosses nasales du même procédé que pour ceux de l'oreille, de la sonde cannelée, coudée, et il en a retiré de très bons résultats (1).

Enfin, parmi les autres moyens d'extraction, on emploiera les douches d'air (Dodd) (2), les douches d'eau tiède et alcalinisée (douches de Weber). Ces douches seraient antiphlogistiques pour la muqueuse et mobiliseraient le corps étranger (3). Mais si la pression du liquide est trop

(1) TÉMOIN, *Revue des maladies de l'enfance*, 1887.

(2) DODD, *The Lancet*, 1888.

(3) KOCH, *Ann. des maladies de l'oreille*, mars 1885.

forte, par suite de l'obstruction de la cavité nasale, le liquide peut passer dans la trompe d'Eustache et aller causer de graves désordres dans l'oreille moyenne. Encore plus défectueuse l'insufflation de Dodd, car on n'en peut graduer la pression. D'autre part, douches d'air ou douches d'eau sont impraticables chez les enfants. Quand le corps étranger a résisté à toutes les tentatives d'extractions que nous avons énumérées plus haut, il y a lieu de recourir à une opération sanglante : on incisera dans le sillon naso-génien.

Quand le corps étranger siège en arrière, il faut essayer de le saisir par le pharynx avec des crochets (Hickman) ; si cela n'est pas possible on le refoule vers le pharynx en ayant soin d'introduire un doigt de l'autre main dans l'arrière-gorge pour saisir le corps étranger.

Czarda cite les cas de Hering et de Heine, où les corps étrangers tombèrent dans l'œsophage et furent déglutis.

M. Félizet indique, pour retirer les corps étrangers des fosses nasales, un moyen très simple, qui lui a immédiatement réussi 26 fois sur 31 cas ; c'est d'injecter de l'eau dans la narine opposée. Il faut avoir soin de donner cette douche lentement et avec une force progressive (*Société de chirurgie*, 9 décembre 1898). Nous avons eu l'occasion, il y a quelques mois à peine, d'employer ce procédé, mais il ne nous a pas réussi. Il s'agissait de l'extraction d'une perle ovalaire et percée. Nous nous sommes servi à cet effet d'une douche d'Esmarch de 4 litres, avec tube en caoutchouc de 3 mètres et suspendu à 2 mètres. L'embout remplissait complètement la narine, et le liquide revenait

en entier par la narine opposée à celle où il avait été injecté.

Enfin, quel que soit le procédé employé pour extraire le corps étranger, nous ne saurions trop conseiller de faire dans la narine une injection d'eau boriquée à 3 0/0 avec l'injecteur de Weber.

CONCLUSIONS

Les corps étrangers des fosses nasales ne sont pas très fréquents ; les symptômes auxquels ils donnent naissance peuvent égarer le praticien ; mais avec l'étude attentive de ceux-ci, et en admettant comme possible la présence de corps étrangers, — quitte à l'abandonner si on reconnaît son absence — on sera prévenu contre les erreurs nuisibles au médecin et parfois très préjudiciables au malade.

Vu :

Le Président de la thèse,
TILLAUX.

Vu :

Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Axmann.** — *Archives de médecine*, 1829.
- Demarquay.** — *Archives de médecine*, 1845.
- Brown.** — *Edimbourg medical journal*, 1859.
- Verneuil.** — *Gazette des hôpitaux*, 1859.
- Smith.** — *British medical journal*, décembre 1867.
- Bron.** — *Gazette médicale de Lyon*, n° 36, 1867.
- Hickman.** — *British medical journal*, 1867.
- Lemaistre.** — *Bull. de la Soc. anat.*, p. 632, 1874.
- Luc.** — *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1875.
- Tillaux.** — *Bull. de la Société de chirurgie*, 26 janvier 1876.
— *Clinique chirurgicale*, t. I.
- Murisier.** — *Revue médicale de la Suisse romande*, 1881.
- Gruber.** — *Monatsschrift f. Ohrenheilkunde*, 1882.
- Czarda** (de Prague). — *Gazette médicale de Paris*, décembre 1884.
- Schmiegelow.** — *Revue de laryngologie*, novembre 1884.
- Jacquemart.** — *Annales des maladies de l'oreille*, mars 1884.
- Creswell-Baber.** — *British medical journal*, 1885.
- Stocker.** — *British medical journal*, 1887.
- Clay.** — *British medical journal*, février 1887.
- Charazac.** — *Revue médicale de Toulouse*, 1888.
- Dodd.** — *The Lancet*, novembre 1888.
- Monnié.** — Thèse de Bordeaux, 1889.
- Garel.** — *Annales des maladies de l'oreille*, 1889.
- Deschamps.** — *Dauphiné médical*, juin 1890.
- Noquet.** — *Société française de laryngologie et d'otologie*, 1890.

Rohrer. — *Wiener klin. Wochenschrift*, 1890.

Ruault. — *Société française de laryngologie*, 1890.

Felizet. — *Société de chirurgie*, novembre 1898.

Duplay et Reclus. — *Traité de chirurgie*, t. IV.

Jamain et Terrier. — *Pathologie et clinique chirurgicale*, t. II.

Kirmisson. — *Pathologie externe*, t. II.

Koch. — *Annales des maladies de l'oreille*.

Mackenzie. — *Traité de chirurgie*.

Menthonney. — *Ibidem*.

Spillmann. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

Imp. J. Thevenot, Saint-Dizier (Haute-Marne)
